

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1915-1916. — N° 62

LA
VASO-VÉSICULECTOMIE
PAR VOIE HAUTE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 11 Juillet 1916

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

André VICHERAT

Né le 1^{er} juin 1890, à Alençon (Orne).

Élève à l'École du service de santé militaire,
Médecin aide-major au 89^e régiment d'infanterie.



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Juillet 1916

LA
VASO-VÉSICULECTOMIE
PAR VOIE HAUTE

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
J. COURMONT ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVÉAU, AUGAGNEUR, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE, LÉPINE, PIERRET.
BEAUVISAGE, LACASSAGNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TEISSIER
	ROQUE
	BARD
Cliniques chirurgicales.	TIXIER
	BÉRARD
Clinique obstétricale et Accouchements	FABRE
Clinique ophtalmologique	ROLLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	NICOLAS
Clinique des maladies nerveuses et mentales	LÉPINE (J.)
Clinique des maladies des enfants	WEILL
Clinique des maladies des femmes	POLLOSSON (A.)
Physique médicale	CLUZET
Chimie biologique.	HUGOUNENQ
Chimie organique et Toxicologie	MOREL
Matière médicale et Botanique	MOREAU
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	GUIART
Anatomie	TESTUT
Anatomie générale et Histologie	RENAUT
Physiologie.	MORAT
Pathologie interne.	COLLET
Pathologie et Thérapeutiques générales	LESIEUR
Anatomie pathologique.	PAVIOT
Médecine opératoire	POLLOSSON (M.)
Médecine expérimentale et comparée	COURMONT (P.)
Médecine légale.	ETIENNE MARTIN
Hygiène :	COURMONT (J.)
Thérapeutique	PIC
Pharmacologie	FLORENCE

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS
Pathologie externe.	VALLAS
Maladies des voies urinaires	ROCHET

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL,	agrégé
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile	NOVE-JOSSERAND,	—
Accouchements	COMMANDEUR,	—
Embryologie	LATARJET,	—
Anatomie topographique	PATEL,	—
Botanique	BRETIN,	—
Chirurgie expérimentale	VILLARD,	—
Clinique infantile	MOURIQUAND,	—
Déontologie et médecine professionnelle	X...	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL	LATARJET	MOURIQUAND	FROMENT
COMMANDEUR	BPETIN	ARLOING (F.)	THEVENOT (Lucien)
NEVEU-LEMAIRE	LERICHE	GUILLEMARD	PIERY
LAROYENNE	THEVENOT (Léon)	POLICARD	COTTE
VORON	TAVERNIER	GARIN	DUROUX
NOGIER	CADE	SAVY	

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. Aug. POLLOSSON, *Président*; LANNOIS, *Assesseur*;

MM. J. LÉPINE, *Professeur*; et SIRAUD, *Agrégé*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1915-1916. — N° 62

LA
VASO-VÉSICULECTOMIE
PAR VOIE HAUTE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 11 Juillet 1916

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

André VICHERAT

Né le 1^{er} juin 1890, à Alençon (Orne).

Élève à l'École du service de santé militaire,
Médecin aide-major au 89^e régiment d'infanterie.



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

Juillet 1916





Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MA GRAND'MÈRE

A MA MÈRE

Faible témoignage de ma reconnaissance et de mon amour filial.

A MON PÈRE

LE COLONEL VICHERAT

Chevalier de la Légion d'honneur.

A MES SŒURS

A MES PARENTS

A MES MAITRES

de la Guerre,
de l'Ecole du Service de Santé militaire,
des Facultés de Lyon et de Nancy
et de l'Ecole de Marseille.

A MES CAMARADES

MORTS POUR LA FRANCE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR VILLARD

Chirurgien des Hôpitaux.

Qui nous a inspiré le sujet de notre thèse et qui n'a jamais cessé, avec une inlassable bienveillance, de nous conseiller et de nous accueillir dans son service.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR A. POLLOSSON

Professeur de Clinique Gynécologique

Qui a bien voulu nous faire le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

A MONSIEUR LE MÉDECIN-MAJOR ROTTIER

Chef du Service du 313^e régiment d'Infanterie.

Nous avons passé sous ses ordres les premiers mois de la campagne; nous avons toujours trouvé en lui un guide énergique et droit, d'un dévouement modeste et d'un esprit de sacrifice sans limites. Qu'il reçoive ici le souvenir respectueux et affectueux de son ancien médecin auxiliaire.

INTRODUCTION

Les méthodes conservatrices appliquées à la tuberculose génitale ne peuvent être considérées que comme des traitements palliatifs ; tôt ou tard, le chirurgien devra intervenir. Les plus anciens des procédés sanglants, l'orchidectomie et l'épididymectomie, sont souvent insuffisants, car les lésions d'un canal déférent laissé en place et déjà infecté continueront à évoluer, donnant lieu à des fistules, et la vésicule séminale enflammée infectera la prostate ; en outre, les lésions se propageront du côté opposé avec la plus grande facilité. Il faut donc intervenir largement ; mais dans quelles conditions et au moyen de quelle technique ?

Nous nous proposons d'exposer un manuel opératoire répondant à des indications bien définies, et qui jusqu'ici a donné des résultats fort satisfaisants, surtout si l'on considère combien sont généralement décevantes ces sortes d'interventions.

Nous eûmes un jour la bonne fortune, durant notre stage dans le service de M. le professeur VILLARD, d'assister à une opération sur l'appareil génital mâle, pratiquée par le professeur, suivant la technique à laquelle il a donné le nom de vaso-vésiculectomie par voie haute.

Nous fûmes séduit par une méthode d'une élégante simplicité : une incision coudée, allant du scrotum à l'ombilic, deux écarteurs, un décollement péritonéal et, quarante-cinq minutes après le début de l'intervention, le professeur avait obtenu l'exérèse du testicule, du vas deferens, et de la vésicule séminale, le tout sans aucune solution de continuité.

Depuis, il nous a été donné deux fois de revoir exécuter cette opération, suivie du même succès.

M. le professeur VILLARD a bien voulu nous autoriser à décrire sa méthode et à en faire le sujet de notre thèse. Malheureusement, les événements ne nous ont pas permis de suivre minutieusement, comme nous l'aurions voulu et comme nous l'avions commencé, les opérés de vaso-vésiculectomie ; nous espérons néanmoins que les aperçus que nous en donnons suffiront à faire apprécier le manuel opératoire, qui constitue un nouveau progrès dans le traitement sanglant de la tuberculose génitale.

Avant de commencer notre travail, nous désirons témoigner toute notre reconnaissance à M. le médecin-major MAHAUT, qui a bien voulu se faire notre introducteur auprès de M. le professeur VILLARD, et qui a toujours été pour nous un maître bienveillant et sûr.

M. le médecin-major BILLET, professeur agrégé au Val-de-Grâce, et M. le médecin-major DE GAULÉJAC, répétiteur à l'Ecole du Service de Santé, ont eu l'obligeance de nous autoriser à faire, dans leur laboratoire, quelques dissections qui nous ont permis d'étudier notre champ opératoire : nous les prions de recevoir nos sincères remerciements.

Nous remercions également M. le Dr Paul BONNET,

ancien interne des hôpitaux, chef de clinique adjoint, pour l'intérêt qu'il a bien voulu nous porter dans le cours de nos études.

Enfin, nous adressons notre cordial souvenir et nos affectueux vœux d'avenir à nos amis les D^{rs} CORDIER, GEORGES, GERMAIN, GODARD, GOETZ, POULIN, PIERRE ROUX et SILVESTRE, ainsi qu'aux bons camarades avec lesquels nous avons fait campagne.

LA

VASO-VÉSICULECTOMIE

PAR VOIE HAUTE

HISTORIQUE

Le traitement chirurgical de l'appareil génital tuberculeux a donné lieu, depuis une centaine d'années, à un nombre infini de discussions ; et lors même que les auteurs sont disposés à intervenir, le manuel opératoire varie suivant chacun d'eux, et toutes les voies d'accès sur la vésicule séminale ont été l'une après l'autre exploitées et défendues.

Exposons rapidement l'évolution des idées interventionnistes dans la bacillose génitale.

Les premières interventions remontent au début du XIX^e siècle ; on considérait alors que le testicule tuberculeux, qu'on appelait *sarcocèle*, du nom général donné à toutes les tumeurs de cet organe, était justiciable de la castration.

Bayle, le premier, dans le *Journal de Corvisart*, émit l'idée des tuberculoses locales et montra dans le testicule la granulation grise.

C'est alors qu'étant donné le manque absolu d'anti-

sepsie, une grande partie des chirurgiens repoussèrent la castration comme dangereuse, et se bornèrent à des applications topiques et révulsives : l'emplâtre de Vigo et la teinture d'iode en étaient les agents les plus communément employés. Dupuytren proposa les trochisques de minium, Bonnet le chlorure de zinc, Bouisson, de Montpellier, la potasse caustique. En 1854 la thèse de Dufour, en 1871 la communication de Verneuil à la Société de Chirurgie, rejettent la castration d'une façon absolue.

Dès le début de la période antiseptique, les chirurgiens, plus hardis, recoururent en masse aux traitements sanglants. La castration recommença alors à compter de nombreux partisans, à la suite de Tillaux qui, dans son *Traité de Chirurgie pratique*, recommande « d'enlever l'organe au début de l'affection, avant que le bacille ait eu le temps d'émigrer ». En Allemagne, Simmonds, Hunter, Hopmohl, Büniger, Dürr et Viessler ; en Angleterre, Puzey, Walton, Smith et Bloxam, partagèrent cette opinion.

Entre temps, plusieurs chirurgiens préconisèrent des méthodes opératoires conservatrices et moins radicales que la castration : en 1843 déjà, Bérard ouvrait au bistouri, comme de simples abcès, les foyers ramollis, et extirpait les tissus malades par pression et énucléation. Malgaigne agissait de la même façon, ainsi que, en Angleterre, Astley Cooper et Curling. Mais, faites sans antisepsie, ces opérations ne donnaient qu'un médiocre résultat : des fistules interminables s'ensuivaient.

Plus tard, le procédé de Bérard fut repris par Volkmann et Kocher : ces auteurs curettaient les parois fon-

gneuses de l'abcès, appliquaient le chlorure de zinc ou le thermo-cautère, et terminaient l'opération par un drainage des cavités.

C'est cette méthode que suivit Quénu en 1896, dans un article publié dans la *Gazette médicale de Paris* : il termine l'opération par la réunion primitive, si la cavité est de petites dimensions, et bourre de gaze iodo-formée les grandes anfractuosités.

La castration pure et simple resta cependant le procédé de choix d'un grand nombre d'auteurs : Richet, en 1873, la pratiqua avec des guérisons fréquentes ; Monod et Terrillon, en 1889, dans leur *Traité des Maladies du testicule*, sont eux aussi favorables à la castration « même des deux côtés » lorsque, disent-ils, « on a affaire à des lésions profondes, étendues, et qu'on a toutes les chances de voir des abcès et des fistules consécutives détruire le testicule, donnant lieu à une infirmité dégoûtante, et affaiblissant le malade ».

La castration bilatérale a été cependant, à la fin du siècle dernier, fortement battue en brèche à la suite des découvertes de Brown-Séquard touchant les sécrétions internes, et en particulier celle du testicule.

C'est pourquoi, en 1880, Bardenheuer, convaincu de l'importance capitale que joue la glande interstitielle du testicule dans la conservation du bon état général, pratique pour la première fois l'ablation de l'épididyme, qu'il fait suivre ou non, d'après les cas, d'une résection du canal déférent.

Mais il faut arriver en 1889 pour voir un chirurgien tenter l'ablation plus ou moins complète des voies spermatiques : Uhlmann enlève les lésions funiculo-scro-

tales, puis les lésions périnéales, suivant un manuel opératoire que nous décrirons succinctement dans le chapitre suivant.

Cette opération fut reprise en France par Villeneuve, qui, en septembre 1891, expose au Congrès de Marseille la technique de la vésiculectomie par la voie inguinale, et, à Lausanne, par Roux, qui, la même année, emploie la voie périnéale. Nous voyons donc que, dès le début des interventions sur la vésicule séminale, les auteurs divergeaient déjà d'opinion sur la meilleure voie d'accès à suivre.

A la même époque, on doit signaler de nombreuses opérations conservatrices de la glande testiculaire : en 1890, Duplay enlève avec succès un épидидyme tuberculeux ; Humbert reprend l'année suivante cette opération, qui, depuis, porte son nom. A partir de ce moment, l'épididymectomie entre dans la pratique courante, mais la technique varie avec chaque opérateur : le professeur Poncet ajoute à l'opération une *orchidotomie exploratrice*, qui consiste à fendre le testicule pour s'assurer de son intégrité.

Quelques années après, la vésiculectomie est opérée suivant un nouveau procédé, celui de Schede, qui, en janvier 1898, expose à la Société Médicale de Hambourg la méthode sacrée et parasacrée ; en même temps, Guelliot reprend les incisions scroto-inguinale et périnéale d'Uhlmann. Roux (*Congrès de Chirurgie*, 1891) décrit la même opération.

Cependant, Poirier considère que l'ablation de la vésicule séminale par la voie inguinale présente moins de difficultés que par la voie périnéale ; il a réglé cette

opération et indiqué le manuel opératoire à la Société de Chirurgie (mai 1899) ; nous le retrouverons tout à l'heure.

A la section de chirurgie du XIII^e Congrès de Médecine, qui eut lieu en août 1900, Mauclaire préconise une nouvelle méthode conservatrice : les ligatures totales ou partielles du cordon spermatique, déterminant ainsi l'atrophie, non pas tant de la glande, que de son premier conduit d'excrétion, l'épididyme, quand celui-ci est infesté de tuberculose.

La même année, pour pouvoir intervenir sur les deux vésicules séminales et les deux déférents, Young proposait une voie sous-péritonéale médiane, ou sus-pubienne, obtenue en incisant la ligne blanche du pubis à l'ombilic.

Durant ces dernières années, la chirurgie des vésicules séminales a pris une grande extension.

Signalons seulement les travaux de Reyt, Legueu, Robineau, Baudet, en France ; à l'étranger : Bolton, Hutchinson, Young, Walker, Moullin, Hogge, Lloyd. En Amérique, Fuller traite par la vésiculectomie les simples vésiculites blennorragiques. En 1906, Baudet et Kendirdjy publient dans la *Revue de Chirurgie* leurs propres aperçus sur la question. Villard, en 1910, expose la technique de la vaso-vésiculectomie par voie haute ; P. Fiolle, la même année, dans le *Marseille médical*, se montre partisan d'une voie coccygienne, décrit l'année suivante dans la thèse de Lombroso.

Somme toute, dans l'histoire du traitement chirurgical de la tuberculose génitale, les chirurgiens intervinrent d'abord sur les lésions les plus facilement accessibles : ils enlevèrent le testicule, ou seulement

l'épididyme. Ce n'est qu'à la suite des connaissances anatomiques et cliniques plus précises et des notions de l'antisepsie, qu'ils se risquèrent à extraire les vésicules séminales, suivant les procédés divers que nous allons maintenant passer en revue.

MANUEL OPÉRATOIRE

La vaso-vésiculectomie ou, pour employer l'expression de certains auteurs, la spermatocystectomy, présente pour ainsi dire deux temps, d'importance et de difficulté bien différentes : l'ablation du testicule et de la portion iliaque du déférent d'une part, et, d'autre part, l'extirpation de la vésicule séminale et du déférent pelvien. Si la castration, dans le sens où l'employaient les anciens auteurs, c'est-à-dire l'enlèvement du testicule, ne présente aucune difficulté opératoire, il n'en est pas de même pour le deuxième temps, et chaque chirurgien suit une technique particulière, suivant qu'il attache plus ou moins d'importance au dégagement du champ opératoire, à la diminution du shock, à la facilité du drainage, à l'unicité de l'incision, ou qu'il a pour but l'exérèse d'une seule vésicule, des deux, ou même de la prostate.

De ces diverses considérations sont nées les voies sacrée, para-sacrée, périnéale, coccy-périnéale, inguinale, sus-pubienne et inguino-abdominale.

Nous allons examiner l'un après l'autre les divers procédés que nous venons d'énumérer, en donnant après

chacun d'eux les avantages et les inconvénients qui nous paraissent ressortir de la méthode employée.

Procédé d'Uhlmann.

Nous avons vu au chapitre précédent que Uhlmann fut le premier à pratiquer l'ablation des lésions tuberculeuses de la vésicule, et cela par la voie périnéale : mais il eut pour ainsi dire la main forcée à cette occasion. En effet, il avait pratiqué sur un malade l'enlèvement des lésions funiculo-scrotales, quand, quelques jours après, la vésicule du même côté grossit à son tour et menaça de l'abcéder.

Il fit alors une incision périnéale médiane, convexe en arrière ; un aide introduisit son doigt dans le rectum, pour servir de repère. Après incision des fibres pubiennes du releveur, il enleva les deux vésicules, le déférent pelvien droit et le lobe prostatique.

Cette opération, en deux temps espacés de plusieurs jours, dictée par la nécessité, n'a plus aujourd'hui qu'un intérêt historique. Nous décrirons à propos des procédés suivants les avantages et les inconvénients de ces interventions en deux actes, l'un funiculo-scrotal, l'autre périnéal.

Procédé de Roux.

Roux (*Congrès de Chirurgie*, 1891) reprit cette méthode, mais systématiquement cette fois. D'où plusieurs modifications heureuses : tout d'abord, il supprime naturellement l'intervalle entre les deux temps de l'opération, effectuant dans la même séance l'orchidectomie et

la vésiculectomie ; ensuite, il déplace latéralement l'incision périnéale, de façon à éviter la blessure du bulbe dans la section du raphé ano-bulbaire, blessure toujours à redouter, surtout chez les vieux prostatiques ; il évite également la section délicate de la bandelette rétro-urétrale.

Voici quelle est sa technique :

PREMIER TEMPS : *Castration ordinaire.*

On enlève toute la peau infiltrée ; puis, au lieu de sectionner le cordon tout entier, on en sépare le *vas deferens*, sur lequel on opère de douces tractions, en refoulant tout autour l'atmosphère conjonctive et vasculaire. On libère ainsi, après ligature et section de paquet vasculaire, le canal déférent, sur une longueur de 6 à 7 centimètres. On le sectionne alors en biais. On termine par la suture et le pansement.

DEUXIÈME TEMPS : *Vésiculectomie.*

Le malade est mis dans la position de la taille.

On fait une incision très courbe, de 10 centimètres de long, du côté malade, à 2 ou 3 centimètres de la ligne médiane : on tombe ainsi directement dans le tissu cellulaire lâche de la fosse ischio-rectale. Après section du releveur de l'anus, on aborde immédiatement et latéralement la prostate, qu'on saisit avec une pince, et qu'on attire en bas et du côté opposé : la vésicule apparaît. On l'accroche avec le doigt, et on la libère par refoulement des tractus conjonctifs qui la fixent ; on attire le reste du canal déférent. On sectionne au ras de la prostate le col de la vésicule.

Trois plans de suture, une mèche de drainage.

Pour favoriser la présentation de la vésicule, on peut, avec Willems, injecter de l'eau dans la vessie, ce qui a pour résultat de faire saillir sa face postérieure.

Roux cite le cas de deux malades ainsi opérés : l'un présenta des phénomènes cérébraux dus à des inoculations de lymphé de Koch. Quant à l'autre, dit Roux, « il est resté indemne pendant plus d'une année ».

Procédé de Baudet.

Baudet (*Gazette des hôpitaux*, octobre 1898) reprend, pour la vésiculectomie, la méthode dont se sert Quénu pour l'extirpation du rectum cancéreux. Il la décrit ainsi :

« Après avoir circonscrit l'anus par une incision demi-circulaire, nous ouvrons franchement la fosse ischio-rectale jusqu'aux fibres inférieures du releveur, que l'on repère. Nous incisons ensuite, non pas tout le releveur, mais sa portion moyenne seulement. Nous épargnons ses fibres coccygiennes et surtout ses fibres antérieures, celles qui s'attachent au-devant du rectum. Ces dernières, très épaisses, se dessinent sous forme de deux cordes arrondies quand on tire l'intestin en arrière. On les saisit des deux côtés entre les doigts, et on coupe tout le raphé ano-urétral, jusqu'à ce que l'on arrive sur ces faisceaux antérieurs, c'est-à-dire sur ses propres doigts. A ce moment, tout le premier plan du périnée, dans sa portion pré-rectale, est sectionné en toute sécurité, sans aucun risque de toucher l'urètre ou le rectum.

« On effondre ensuite tout le tissu cellulaire placé

entre les faisceaux antérieurs du releveur, c'est-à-dire tout l'espace décollable prérectal. On crée ainsi une loge spacieuse, au fond de laquelle on voit la prostate et l'aponévrose prostatopéritonéale avec les deux vésicules et les deux canaux déférents ; le cul-de-sac péritonéal ferme le fond de cette excavation.

« Déjà apparaissent les vésicules ; mais elles sont encore profondes et inaccessibles. Les deux lames sagittales recto-prostatiques les enserrant latéralement. On sectionne la lame du côté malade, plus près de la prostate que du rectum, et, par cette simple manœuvre, le rectum s'abaisse vers le coccyx et se laisse refouler du côté opposé. Il découvre ainsi un espace large et peu profond, où l'on peut opérer à l'aise sur les vésicules et les canaux déférents. »

Baudet, en 1906, reprit ce procédé avec Kendirdjy : il fait alors une incision en Y renversé.

Les avantages qui plaident en faveur de la méthode périnéale sont les suivants : le shock opératoire est insignifiant ; l'incision est de petites dimensions ; enfin, on arrive directement sur la prostate et les vésicules.

Mais ces avantages sont malheureusement plus que compensés par de graves inconvénients : pour trouver la vésicule, il faut aller assez profondément pour que la section de l'uretère ou l'ouverture du péritoine soient à craindre, car le cul-de-sac péritonéal affleure parfois le bord postérieur de la prostate dans l'espace interséminal ; le temps de l'opération qui consiste à décoller le rectum, bien que plus facile par le procédé de Roux que par l'incision d'Uhlmann, est toujours délicat et expose à des déchirures de cet organe, surtout dans les cas de

péri-vésiculite avec adhérences multiples ; la rupture de l'urètre membraneux peut être la conséquence des tractions exercées sur la prostate ; on peut avoir aussi une hémorragie extrêmement grave et difficile à arrêter : en effet, l'incision du nœud fibreux sus-rétro-bulbaire entraîne la section de l'artère périnéale ou transverse superficielle et de ses veines, puisque, née au-dessus du muscle transverse superficiel, elle contourne son bord postérieur, pour se diriger, d'arrière en avant et de dehors en dedans, dans l'interstice qui sépare l'ischio-caverneux du bulbo-caverneux. De plus, beaucoup de veines vésiculo-déférentielles viennent se jeter dans les veines prostatiques, à l'angle supéro-postérieur de la prostate ; on risque aussi de blesser les gros plexus veineux qui se trouvent entre la prostate et les releveurs.

Un accident plus éloigné et relativement fréquent (Baudet l'a relevé 14 fois sur 36 opérations) est la fistule urinaire. Celle-ci peut être causée par la section des canaux éjaculateurs ; mais plus souvent elle est consécutive à la blessure de l'urètre, blessure qui atteint le canal dans sa portion prostatique au moment du décollement du rectum, alors que la périvésiculite indure l'espace pré-rectal.

Enfin, le dernier inconvénient des procédés d'incision périnéale réside dans la nécessité d'incisions multiples, périnéale et inguino-scrotale, et dans le risque qu'on court toujours de laisser dans le bassin une portion infectée de canal déférent (le cas de Roux et celui de Moullin), soit que, comme Roux, on fasse la castration et l'opération inguinale d'abord, en terminant par l'opération périnéale ; soit, au contraire, comme l'ont fait

Baudet et Duval, en commençant par le périnée et en terminant par la castration ou l'épididymectomie.

Voies sacrée et para-sacrée.

Schede et, avec lui, Sick, Rydygier, König et Bolton utilisent les voies sacrée et para-sacrée.

L'incision, d'après Rydygier, est conduite depuis l'épine iliaque postéro-supérieure jusqu'au sommet du coccyx et prolongée, suivant la ligne médiane, dans le sillon interfessier par conséquent, jusqu'auprès de l'anus.

Sick et Schede emploient l'incision de l'opération de Kraske : le malade étant en décubitus latéral droit, on fait, sur la ligne médiane, une incision qui part de l'anus, suit le sillon interfessier, et aboutit au milieu de la crête sacrée. On met alors à nu la partie gauche du sacrum, en coupant les insertions du grand fessier gauche et en ruginant l'os ; on désarticule le coccyx, puis on sectionne au ciseau et au marteau l'aileron sacré gauche, depuis le sommet du sacrum en bas jusqu'au troisième trou sacré en haut, en passant en dehors des trous sacrés.

Si ces voies sacrée et para-sacrée permettent de « bien voir », elles présentent de nombreux et gros inconvénients : le shock, considérable, prédispose aux escarres dans le décubitus dorsal ; les sections osseuses entraînent des hémorragies importantes, qu'il n'est pas toujours facile d'arrêter par le tamponnement ; l'atmosphère celluleuse péri-rectale s'infecte aisément ; enfin, le grand délabrement qui suit l'ablation d'une partie des

os du bassin, dans l'opération de Schede, et les désordres qui en résultent, non moins que ceux qu'entraîne la section des dernières paires du plexus sacré, ne nous paraissent guère justifiés par les avantages de la vésiculectomie par cette voie. Si, d'un autre côté, le bassin osseux conserve à peu près son intégrité par la voie para-sacrée, du moins cette méthode ne permet pas un abord aussi favorable sur les vésicules.

Voie coccy-périnéale.

La dernière voie d'accès *postérieure* ou *basse* sur les vésicules dont nous allons parler a été récemment proposée par J. Fiolle, P. Fiolle et Zwirn, exposée dans la thèse de Lombroso (Montpellier, 1911) et appelée par ces auteurs *voie coccy-périnéale*.

Le malade est placé en décubitus latéral droit, le membre inférieur droit en extension, la cuisse gauche fléchie sur le bassin. L'incision, qui va de la face interne de la tubérosité ischiatique gauche à 2 centimètres à droite de l'articulation sacro-coccygienne, longe le bord inférieur du grand ligament sacro-sciatique ; elle est courbe, sa concavité regardant l'anus. On sectionne les parties molles et on détache le coccyx du sacrum, en coupant les ligaments de l'intérieur à l'extérieur. On incise ensuite sur le doigt, pour éviter de blesser le rectum, l'aponévrose périnéale profonde. On arrive ainsi au temps le plus important de l'opération, qui consiste à écarter le rectum. (C'est la déviation normale du rectum vers la droite qui incite les auteurs à toujours tracer leur incision à gauche.) Cet écartement se fait au doigt,

par dilacération de l'atmosphère celluleuse péri-rectale. On récline alors le rectum du côté droit de l'incision, et on effondre au doigt l'aponévrose de Denonvilliers. On est alors en présence des vésicules et l'ampoule déférentielle. Après ligature et section des vaisseaux vésiculo-déférentiels, on décolle de la base de la vésicule le cul-de-sac péritonéal postérieur, et on attire la vésicule en bas ; on détache ensuite doucement, au moyen d'un ciseau courbe fermé, la vésicule de haut en bas, et le canal déférent de bas en haut, aussi loin qu'on peut l'atteindre, sous le péritoine et le long de la face supéro-latérale de la vessie.

On coupe enfin le canal éjaculateur au ras de la prostate.

Cette première partie de l'opération est terminée par un drainage.

L'intervention se poursuit et se termine par la partie inguino-scrotale : on met pour cela le malade en décubitus dorsal, on incise et on poursuit aussi loin que possible la dissection du déférent.

Cette voie d'accès coccy-périnéale a l'avantage d'éviter les sections osseuses ; elle permet l'ablation simultanée de la prostate et des vésicules ; elle laisse bien voir le champ opératoire et ne comporte que peu de shock. Enfin, le drainage, se faisant au point le plus déclive du champ opératoire, comme dans toutes les méthodes basses ou postérieures, est facile et n'expose guère aux accidents de la rétention.

Ici encore, on peut reprocher à cette manière de faire la nécessité de changement de position du malade pendant l'opération, et l'inconvénient de faire forcément des

incisions multiples, si l'on veut obtenir une exérèse complète : les chances d'infection, et en particulier d'inoculation cutanée, sont ainsi doublées, et la durée de l'opération est sensiblement augmentée.

En outre, le chirurgien doit se plier à la grosse incommodité de travailler sur un sujet en décubitus latéral : dans cette position, ainsi que nous l'avons constaté sur le cadavre, la dissection du canal déférent, entre le péritoine et la vessie, est laborieuse, car, si l'on a un jour suffisant sur les vésicules, il n'en est pas de même sur cette portion pelvienne du déférent ; la blessure du péritoine sera toujours à craindre.

Enfin, la libération du rectum est très délicate : cet organe, fortement soutenu par la cloison sacro-recto-génitale, étant susceptible de se rompre facilement.

Nous allons exposer maintenant quelles sont les méthodes qui permettent l'extraction des vésicules par voie haute (voie antérieure de certains auteurs).

Procédé de Villeneuve.

Villeneuve suivit pour l'exérèse des vésicules séminales la voie inguinale.

C'est en ces termes qu'il a communiqué sa méthode au Congrès de Marseille de 1891 :

« J'ai fait avec succès l'extirpation totale des voies génitales, en pénétrant par le trajet inguinal, après avoir ouvert la vaginale et pratiqué l'épididymectomie. On tire sur le canal déférent, comme sur le ligament rond

dans l'opération d'Alexander, et, en décollant le tissu cellulaire, on arrive sur la base de la prostate et de la vésicule. » La main, refoulant les tissus voisins, arrive ainsi à *cueillir* les vésicules derrière la prostate et à les arracher.

Ce procédé d'arrachement nous semble aujourd'hui un peu primitif et très dangereux : la brèche étroite que donne l'incision inguinale ne permet aucune hémostase sérieuse ; la main travaille à tâtons. Nous n'avons pas besoin d'insister sur les risques qu'on court ainsi d'ouvrir le péritoine, de déchirer la vésicule et même les organes voisins. La cassure du canal déférent est un accident fréquent, et Weir, de New-York, qui avait commencé l'opération par la voie inguinale, dut la terminer par la voie périnéale. Platon, qui a étudié cette technique, a constaté dans sa thèse le grand nombre des cas de rupture du déférent : une fois sur dix seulement on a pu atteindre la vésicule. De Béloséroff, de Lausanne, a, de son côté, noté plusieurs insuccès. Villemin et Duval ont réussi cependant une fois à mener l'observation à bonne fin (obs. XXV, *in* thèse de Reyt). Baudet et Kerdirdjy l'ont reprise, en prolongeant l'incision jusqu'à l'épine iliaque antéro-supérieure.

Procédé de Young.

En 1900, Young a proposé une voie *sus-pubienne* : l'incision, en forme de T, a une branche verticale qui va de l'ombilic au pubis, et une branche transversale qui sectionne les muscles droits. On ouvre la vessie, on

en décolle à la compresse le péritoine : excision des vésicules, des canaux déférents et des lésions vésicales. Suture de la vessie, puis de la paroi ; drainage, intervention scrotale que l'opérateur juge utile.

Nous ne saurions conseiller cette méthode qui, si elle a pour résultat évident de « donner du jour », présente des inconvénients trop sérieux : shock formidable, éviscération, troubles urinaires, etc.

Par l'examen succinct des procédés que nous venons de voir, on est naturellement amené à chercher à combiner les avantages de ces méthodes tout en palliant à leurs inconvénients ; le procédé idéal serait celui qui, sans grands délabrements, permettrait d'avoir un large accès sur la vésicule séminale.

Procédé de Poirier.

Poirier, tenté par l'avantage d'obtenir d'un seul tenant le testicule, le canal déférent et la vésicule, avait repris le procédé de Villeneuve en tâchant d'augmenter l'éclairage du champ opératoire ; voici comment il en décrit le manuel opératoire (*Société de Chirurgie*, mai 1899) :

« Après que la paroi abdominale a été incisée dans toute son épaisseur, on suit le canal déférent dans son trajet pelvien, sur les côtés de la vessie, en décollant les lèvres avec la plus grande facilité. Parfois, il faut lier et couper le cordon de l'artère ombilicale. Pendant qu'un aide accroche et relève le canal déférent, on continue de décoller avec l'index, et l'on arrive ainsi jusqu'à la base de la prostate, un peu relevée par la traction sur le déférent.

« La plaie est profonde ; cependant, on peut l'éclairer avec deux grands écarteurs vaginaux bien nickelés et faisant office de réflecteurs. L'un des écarteurs maintient à l'écart la vessie ; l'autre, moins enfoncé, écarte la lèvre inférieure de la plaie et les vaisseaux iliaques. On voit très nettement l'uretère, facile à éviter, et la vésicule séminale couchée au-dessous et en dehors du canal déférent ; on l'isole avec une sonde cannelée, après l'avoir saisie avec une pince de Kocher. »

Si l'on voit assez bien la vésicule, sa dissection, qui doit être faite à bout de doigt, est difficile en raison de la modicité de l'incision.

Legueu employa une incision le long du bord externe du muscle droit, suivie de la recherche et de la dissection du déférent ; il enleva les lésions inguino-scrotale dans un deuxième temps. Ce procédé ne donne guère plus de jour que par l'incision inguinale ; en outre, il exige deux incisions et oblige à la recherche difficile du canal déférent.

M. le professeur Villard a suivi le même principe : prendre le canal déférent comme fil conducteur pour arriver sur la vésicule. Mais il a remédié au manque de clarté qui gênait Poirier : il réunit, par une incision inguinale, les deux incisions abdominale et scrotale de Legueu. Et c'est sa méthode, exposée dans le *Lyon chirurgical* du 18 février 1909, sous le nom de *vaso-vésiculectomie par voie haute*, que nous allons étudier maintenant.

Procédé de Villard.

Vaso-vésiculectomie par voie haute.

Le malade est purgé la veille de l'opération. On le place en décubitus dorsal, dans la position de Trendelenburg : tronc déclive, bassin haut, cuisses modérément écartées, jambes fléchies. Cette position a l'avantage de donner du jour dans le petit bassin et, en les faisant remonter vers le diaphragme par l'effet de la pesanteur, de supprimer la gêne que causent les anses intestinales.

L'opérateur se place du côté de la lésion.

Par la palpation, on reconnaît le cordon, l'anneau inguinal, le bord externe du muscle droit, et l'on fait une longue incision, coudée deux fois « en baïonnette », scroto-inguino-abdominale.

Cette incision, en forme de *raquette* à son origine, part du pôle inférieur du testicule malade, se divisant dès sa naissance pour circonscrire les infiltrations tuberculeuses du scrotum ; puis ses deux lignes se rejoignent et se confondent : l'incision remonte jusqu'à la racine de la verge, et s'infléchit au dehors le long du pli inguinal, en suivant le trajet du cordon. Arrivée au niveau de l'orifice profond du trajet inguinal, elle remonte brusquement de bas en haut, le long du bord externe du droit, et se termine à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Cette incision, absolument nouvelle, réunit les avantages de l'incision inguinale de Villeneuve et ceux de l'incision abdominale de Legueu.

On continue l'incision de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané par celle des plans profonds des parois abdominale et inguinale : grand oblique, petit oblique et transverse au niveau de l'abdomen (on sectionne et on ligature l'artère épigastrique), fibres d'insertion du grand oblique au niveau du canal inguinal.

On isole alors le champ opératoire avec des compresse.

PREMIER TEMPS : *Scroto-inguinal.*

On dissèque le testicule et on enlève en même temps, adhérente à lui, la portion du scrotum infiltrée et fistulisée. On coupe aux ciseaux le ligament scrotal.

On dissocie au-dessus du testicule les éléments du cordon : l'inspection et la palpation font facilement reconnaître, dans le paquet vasculaire, le *vas deferens*, qu'on isole soigneusement ; tout le reste du cordon est sectionné, entre deux ligatures, à 4 centimètres de l'épididyme.

On décolle alors aisément le déférent, le long du canal, jusqu'à sa pénétration dans l'abdomen, c'est-à-dire jusqu'à l'orifice profond ou interne du canal inguinal.

On entoure le testicule d'une compresse, maintenue par une pince à forcipressure, et on l'attire au dehors, où on l'abandonne pour un temps.

DEUXIÈME TEMPS : *Iliaque.*

Ce temps consiste à disséquer le canal déférent et, pour cela, à le suivre depuis l'orifice interne du trajet inguinal jusqu'au-dessus de l'ampoule déférentielle, en

l'isolant du péritoine, contre lequel il est appliqué par des tractus conjonctifs.

Une fois constituée dans la paroi abdominale la brèche faite par l'incision, on se trouve en présence du péritoine pariétal qui, tapissant la face interne de la paroi abdominale, se réfléchit, au niveau de la fosse iliaque interne, en dedans et en arrière, pour venir recouvrir les organes contenus dans le petit bassin. Entre le péritoine et le *fascia iliaca* d'une part, et la vessie de l'autre, existe une couche de tissu celluleux, qui constitue une zone décollable qui aide beaucoup à la besogne du chirurgien : celui-ci devra néanmoins apporter beaucoup d'attention et de délicatesse dans le décollement du péritoine, de façon à en éviter les déchirures.

On amorce ce décollement au ras de l'arcade de Fallope ; à cet endroit, le tissu cellulo-graisseux est particulièrement abondant. On récline légèrement en dehors et en bas, au moyen d'une valve, le paquet iliaque externe, le plaçant ainsi en dehors du champ opératoire.

Dès lors, on ne rencontre plus, jusqu'à la fin de l'intervention, aucun vaisseau dont la section soit susceptible de causer une hémorragie grave ou même gênante.

On poursuit avec la main le décollement péritonéal, en refoulant les anses intestinales en haut et en dedans. Il faut agir à ce moment doucement et prudemment, car le péritoine, en se relevant, entraîne les lames celluluses sous-péritonéales qui plongent normalement dans le petit bassin et entourent les organes qui s'y trouvent, en particulier l'uretère et le déférent : en allant vite, on risquerait de décoller avec le péritoine les feuillets cel-

luleux engainant ces deux derniers organes, et on s'exposerait par la suite à blesser l'uretère, dans la dissection de l'ampoule déférentielle. Pour éviter cet accident, il faut chercher à laisser l'uretère et sa gaine appliqués contre la paroi du bassin, en décollant le péritoine suivant le plan de clivage situé entre la gaine du déférent et celle de l'uretère. Cette dernière est, du reste, plus résistante et plus profondément située. Ainsi la séreuse n'entraînera avec elle que le déférent.

On saisit alors de la main gauche le déférent inguinal et on le tend, mais *sans opérer de tractions* sur lui, et, ce canal servant de fil conducteur, on effondre aux ciseaux mousses le fascia celluleux qui entoure sa portion iliaque : quand on a dégagé le commencement de cette portion, on continue avec le doigt sa dissociation d'avec le péritoine.

Au fur et à mesure de sa libération, on recouvre la séreuse péritonéale d'une grande compresse ; on place ensuite une grande valve abdominale, qu'on enfonce aussi profondément que possible, pour maintenir, en haut et en dedans, la masse intestinale.

A ce moment, le champ opératoire se présente largement ouvert et « laisse bien voir » : en dedans, la vessie ; en dehors, le *fascia iliaca* qui recouvre la fosse iliaque interne et ses muscles ; entre eux, sous-tendant légèrement un feuillet celluleux émané du *fascia iliaca*, l'artère ombilicale, dont la courbe décrit d'arrière en sie ; en dehors, le *fascia iliaca* qui recouvre la fosse au-dessus de l'artère ombilicale, le déférent, isolé, qu'on continue à tenir en dehors et à disséquer jusqu'à la face postéro-latérale de la vessie.

Le fond du champ est constitué par le psoas et le rectum.

Un peu plus bas, dans sa portion pelvienne, le déférent va rencontrer l'uretère, au-devant duquel il passe ; mais, tandis que celui-ci, se relevant pour aborder le bas-fond vésical, décrit une courbe à concavité supéro-interne, le déférent passe par dessus et décrit une courbe à concavité inféro-externe : il en résulte que le déférent, placé primitivement au-devant de l'uretère, se trouve finalement derrière lui. Cet entrecroisement est gênant et dangereux pour l'uretère. M. le professeur Villard a trouvé un moyen simple et élégant de séparer le déférent de ce voisinage scabreux et de mettre l'uretère en dehors de la dissection du déférent, en *décroisant* les deux organes. Ce décroisement est effectué mécaniquement en portant le canal déférent de l'autre côté de la ligne médiane, de dehors en dedans par conséquent, et le plus en dedans possible ; le décollement du déférent s'achève ainsi aisément, et les rapports entre l'uretère et lui sont complètement changés : le déférent se trouve désormais en dedans de l'uretère, et suffisamment éloigné pour que la blessure de ce dernier ne soit plus à redouter.

TROISIÈME TEMPS : *Pelvien.*

A mesure qu'on avance, on continue à refouler le péritoine. On poursuit la dissection du déférent. Au moment où celui-ci longe la face postéro-latérale de la vessie, il paraît se perdre au fond d'une sorte d'entonnoir conjonctif. Nous avons retrouvé cette disposition

dans toutes nos dissections. Il nous semble que cet entonnoir, qui emprunte au début le tissu de la grosse lame pubo-sacro-génito-rectale, se continue par suite du clivage plus ou moins artificiel qu'on opère, en isolant le déférent, dans l'aponévrose de Denonvilliers, à peu près entre les deux fascias intervésico-séminale et intergénito-rectal de Cunéo et Veau.

C'est en continuant pour ainsi dire d'élargir le sommet de cet entonnoir qu'on atteint le pôle supérieur ou fond de la vésicule séminale et l'uretère, laissé, par suite du décroisement, en dehors du déférent. C'est dans ce dernier temps qu'il faudra redoubler de précautions, et ne pas tirer sur le déférent, car, au niveau de l'ampoule, il est souvent infiltré et fragile. Le décollement de l'ampoule se poursuit aisément, de haut en bas.

On saisit alors avec une pince tire-col d'Hégar le fond de la vésicule, qu'on fixe plutôt qu'on ne tire : car là encore est à redouter le déchirement, qui a pour conséquence l'ensemencement du champ opératoire. Guidé par cette manœuvre, on dissèque, en allant de bas en haut, le réservoir spermatique. Quand celui-ci est libéré, on sectionne aux ciseaux le canal éjaculateur, et on enlève d'un seul bloc tout le tractus génital.

La dissection de la vésicule est fréquemment très laborieuse : la péri-vésiculite la rend adhérente aux organes voisins, et particulièrement au rectum. D'où une indication de plus de ne pas tirer sur la pince qui mord le réservoir spermatique.

On place un drain fenêtré bourré de mèches au niveau du bas-fond vésical.

On enlève les valves et les compresses : la masse in-

testinale retombe dans le bassin et comble les vides. On reconstitue la paroi à trois plans de suture, en ménageant à la partie inférieure de la plaie abdominale un espace libre par où on fait passer le drain.

PANSEMENT. — Si on a coupé le canal éjaculateur au ras de la prostate, il sera bon de mettre une sonde à demeure dans la vessie ; on évitera ainsi la formation d'une fistule urinaire.

On refait le pansement vers le quatrième jour ; le drain est enlevé vers le quatorzième jour.

L'inconvénient de cette technique réside évidemment dans les difficultés du drainage : on est exposé, le drain n'étant pas à la partie déclive, à voir apparaître dans les jours qui suivent l'opération des phénomènes de rétention ; on y remédie par une contre-ouverture par le rectum. Heureusement cette circonstance se présente rarement : nous ne l'avons observée que deux fois. Dans les deux cas, du reste, nous n'avons eu à déplorer aucun accident, et le malade a quitté le service la plaie étant complètement fermée.

En regard de cet inconvénient, la vaso-vésiculectomie par voie haute présente des avantages incontestables :

La position de Trendelenburg, employée pour la première fois dans une semblable intervention, facilite l'accès sur la vésicule ;

L'incision est longue, sans être compromettante pour la paroi : elle donne ainsi sur le champ opératoire un jour que n'offrent aucun des autres procédés ; elle est aussi unique, ce qui raccourcit singulièrement la durée de l'intervention et diminue les chances d'infection ; elle

évite enfin le décollement du rectum et le voisinage de l'anus.

L'hémorragie est insignifiante ou nulle ; le shock minime.

Enfin, le gros avantage de l'opération réside dans le fait qu'elle permet d'extraire d'un seul tenant tout l'appareil infecté, et dans la certitude que possède le chirurgien d'avoir obtenu l'exérèse totale de la tuberculose locale.

De cette dernière considération découle, ainsi que nous le verrons tout à l'heure, la principale indication de la vaso-vésiculectomie par voie haute : celle d'unilatéralité des lésions bacillaires.

RÉSULTATS

En général, le traitement chirurgical de la tuberculose génitale peut être considéré comme délicat, mais non grave : l'opération en elle-même n'est pas capable d'entraîner des conséquences fatales, si ce n'est toutefois dans le procédé de Young. Quant aux résultats de l'intervention, ils apparaîtront comme satisfaisants, surtout si l'on veut bien considérer la nature de la maladie à laquelle s'adresse l'opération. J. et P. Fiolle ont dit très justement que, « dans la tuberculose génitale, les résultats de la vésiculectomie paraîtraient peu encourageants, si l'on ne savait ce que deviennent les lésions incomplètement traitées. Forcément, ces résultats ne sont pas magnifiques ; le pourcentage des guérisons définitives n'est pas énorme. Mais il ne faut pas demander à ces méthodes autre chose qu'aux procédés analogues pour toutes les bacilloses. Est-ce une raison parce que les adénites récidivent pour ne pas toucher aux ganglions tuberculeux de l'aîne et du cou ? Laisse-t-on évoluer les lésions pulmonaires, sous prétexte que l'état des malades est grave, et que les résultats du traitement sont le plus souvent minimes ? Eh bien ! la tuberculose des vésicules est justement une de celles qui sont les

plus susceptibles de guérir sous l'influence du traitement local, combiné, bien entendu, au traitement général, qui a une si grande importance et qu'il ne faut jamais négliger. »

La vaso-vésiculectomie par voie haute nous a donné un pourcentage heureux, puisque, sur nos neuf observations, cinq opérés sont actuellement en bonne santé ; nous n'avons pu avoir des nouvelles récentes de deux autres malades.

Examinons les résultats de l'intervention, d'abord au point de vue des suites opératoires immédiates, ensuite en tant que résultats éloignés.

Hâtons-nous tout d'abord de faire justice d'un reproche que Percy Bolton adressait à la voie inguinale : celui de créer une plaie profonde qui subsiste. Aussitôt qu'on enlève les valves, la masse intestinale vient combler tous les vides et, sous le poids de cette masse, le péritoine pariétal reprend contact avec la paroi.

Ensuite, l'opération, comme nous l'avons vu, se passe complètement en dehors du péritoine ; le shock est de peu d'importance, même quand l'intervention a été particulièrement laborieuse. L'hémorragie est minime, beaucoup moins à craindre que par les voies basses où abondent les grosses veines : jamais notre technique n'a été entravée par une mare de sang dans le champ opératoire. L'ouverture du péritoine, accident qui arrive parfois mais qu'il est toujours facile d'éviter, ne comporte aucun inconvénient appréciable, si l'on a soin d'opérer très aseptiquement. Le chirurgien prévenu évitera de même la section de l'uretère, moins à craindre

grâce au *décroissement* décrit dans notre deuxième temps.

Quant à la rupture du déférent, on y pallie en mesurant soigneusement ses tractions. Nous ne l'avons notée qu'une fois, dans un cas où le canal était particulièrement caséifié, et par conséquent fragile.

La fistule urinaire, elle, est toujours à craindre dans les interventions sur la vésicule. Néanmoins, cet accident ne nous est jamais arrivé dans les observations que nous publions.

Si Villeneuve, de Béloséroff, Weir, Tulle, Guelliot eurent des déceptions en utilisant la voie inguinale, leurs insuccès tiennent moins à la méthode qu'à une technique insuffisamment anatomique et à l'étroitesse de la voie d'accès.

Une suite immédiate à laquelle obvie aussi le procédé de M. le professeur Villard est la tuberculisation des tissus voisins : le fait d'enlever, sans aucune solution de continuité, tout l'appareil spermatique, diminue dans une grande proportion, comme on le conçoit, les chances d'ensemencement : tuberculose locale, l'infection sera extraite en bloc, et on n'aura pas à craindre qu'un segment pelvien de canal déférent, restant dans le bassin, soit le point de départ d'une bacillose secondaire, non plus qu'une section du déférent aille répandre l'infection dans les organes proches. Dans un seul cas (obs. IX) nous avons noté une fistule consécutive à une inoculation cutanée. Mais ces fistules guérissent rapidement et se ferment, en général, au bout de deux mois à deux mois et demi.

Enfin, il convient de remarquer que l'abord de la vési-

cule entraîne beaucoup moins de risques d'infection par la voie abdominale que par la voie périnéale : par cette dernière, on pénètre directement dans l'atmosphère celluleuse péri-rectale ; on « travaille », avec le doigt, en plein milieu de « ce tissu lâche, abondant, qui constitue un milieu de culture très favorable », alors que, dans le premier cas, ce tissu est respecté davantage. En outre, le décollement du rectum, le traumatisme de cet organe, est presque certainement de nature à favoriser la migration de germes septiques à travers ses parois. J. et P. Fiolle rapportent un cas d'infection suraiguë, consécutive à une opération, sur le vagin et l'utérus, par la voie coccy-périnéale.

Les chances d'infection qui demeurent font une obligation d'instituer, dès les premiers jours qui suivent l'opération, un drainage continu, ainsi que nous l'avons exposé dans notre manuel opératoire.

C'est assurément ce drainage qui constitue le seul inconvénient à notre méthode et qui, par contre, fait incliner certains auteurs en faveur des voies basses. Néanmoins, il ne faut pas s'exagérer les dangers de ce drainage par la fosse iliaque : dans deux cas seulement (obs. VI et VII) on a dû opérer une contre-ouverture par le rectum.

Les résultats éloignés sont encourageants. Les cas de mort qui se produisirent quelques jours ou quelques mois après l'opération tiennent à ce qu'une localisation, pulmonaire ou autre, s'est produite, ou que l'infection s'est généralisée, comme dans notre observation II. Dans la majorité des cas, au contraire, le mauvais état général a disparu après l'intervention : d'une part, en

effet, chez les malades ne présentant aucune lésion pulmonaire ni viscérale, l'affaiblissement, entretenu par la tuberculose locale, cède après la disparition de celle-ci ; d'autre part, le moral défectueux du malade, causé par la suppuration lente et interminable d'un trajet fistuleux, se relève avec la guérison : l'appétit et les forces reviennent, il est rare de constater chez les opérés l'état d'esprit inquiet et tourmenté qui est de règle chez ceux qui ont subi la double orchidectomie. Enfin, l'expérience a prouvé que la glande interstitielle du testicule restant suffisait à la sécrétion interne, si importante, que sont venus mettre en lumière les travaux de Brown-Séquard. On ne remarque au niveau du testicule restant qu'une légère diminution de volume ; celle-ci n'est, du reste, pas constante.

Outre l'amélioration de l'état général, l'opération est également bienfaisante au point de vue local : les troubles urinaires disparaissent, et en particulier la douleur ; car, dans le cas de bacillose limitée à l'appareil génital, la cystalgie se présente comme un phénomène lié à la vésiculite. L'intestin fonctionne bien ; dans certains cas, un peu de constipation chronique, due à la distension du rectum.

Quant à l'éventration, nous n'en avons aucun cas à signaler parmi nos anciens opérés : la paroi ne peut être affaiblie que si la plaie suppure ; sinon, sa réfection s'opère aisément. On conserve, au demeurant, l'intégrité des muscles droits, et on respecte dans la plus grande mesure les fibres d'insertion des autres muscles abdominaux.

En ce qui concerne l'état génital des opérés, on n'a

à redouter ni impuissance ni stérilité. Dans deux cas cependant, nous avons vu le testicule restant se tubériser à son tour (obs. I et VII).

Nous avons pu revoir des opérés longtemps après l'intervention : la cicatrice était parfaite ; au toucher rectal, la place de la vésicule absente était marquée par un petit noyau dur ou par une bride cicatricielle. (Certains auteurs ont trouvé à la place une petite dépression.) L'état général était excellent, le poids augmentait.

En résumé, la vaso-vésiculectomie par voie haute a donné jusqu'ici de bons résultats. Ceux-ci ne sont mauvais qu'à condition qu'il existe un autre foyer de tuberculose, d'où l'extrême importance d'un examen sérieux du malade avant l'opération et l'observation scrupuleuse des indications de cette intervention, telles que nous allons les exposer dans le chapitre suivant.

INDICATIONS

La vaso-vésiculectomie par voie haute n'a en vue que les lésions *tuberculeuses*, réunissant, en plus des cas ordinaires : fistule urinaire, obstruction rectale, etc., les conditions *sine qua non* que nous allons énoncer.

Lorsqu'on a posé le diagnostic de tuberculose génitale, il faut avant tout s'assurer si l'état général du malade n'offre aucun des signes de la diathèse tuberculeuse ni aucun des symptômes de la bacillose viscérale. Or, M. le professeur Villard a établi que, dans les cas de tuberculose génitale :

Le *poumon* présente des lésions tuberculeuses dans 50 % des cas ;

L'*appareil urinaire*, dans une proportion de 56,6 % ;

Le *rein*, 43,3 % ;

Le *péritoine*, 12 % ;

L'indication de la vaso-vésiculectomie ne devra se porter que si la tuberculose est *exclusivement locale* : l'examen général du malade devra donc être scrupuleusement poursuivi.

Une fois posée la localisation génitale par le gonflement de l'épididyme et du testicule, s'accompagnant souvent de lésions d'inoculation cutanée, par les bosse-

lures du déférent et de la vésicule, il faut rechercher si la bacillose ne dépasse pas la vésicule séminale, en un mot s'il n'existe aucune lésion prostatique ni vésicale. Le toucher rectal nous renseigne sur l'état de la prostate : s'il révèle que celle-ci est, non plus élastique et souple, mais augmentée de volume, dure, comme « injectée à la cire », et à surface bosselée donnant la sensation « de grains de plomb incrustés dans un parenchyme élastique et rénitent », et fréquemment douloureuse, il faudra s'abstenir en règle générale. Remarquons cependant que, si la prostate présente un léger degré de tuberculisation, de nombreux exemples montrent que l'opération est de nature à influencer favorablement sur la rétrocession des lésions prostatiques.

De même, la cystite tuberculeuse est une contre-indication formelle à l'intervention.

L'examen ne devra signaler d'induration que du côté de la vésicule, et d'une seule vésicule ; c'est, en effet, après la notion des lésions locales, celle d'*unilatéralité* qui constitue la deuxième indication de l'opération.

On aura affaire au toucher à une vésicule dure et bosselée ; ces bosselures sont peu volumineuses (Roux en a pourtant trouvé de la grosseur d'un grain de raisin). Guelliot a signalé parfois la vésicule lisse et de la consistance du mastic.

Le col est assez facilement perçu, sous la forme d'un petit cylindre se perdant en bas dans la prostate, et se continuant en haut dans la masse de la vésicule. Les limites de l'organe sont parfois nettement senties ; d'autres fois, au contraire, par suite de la périvésiculite, ses contours sont diffus.

Le volume de la vésicule est sensiblement augmenté. Chavannaz la compare alors au petit doigt, Baudet à une noix. Legueu l'a trouvée quadruplée de volume : dans ce cas, elle fait saillie dans le rectum.

L'absence de ces symptômes n'est cependant pas un signe absolu de l'intégrité du réservoir spermatique : Schede cite une observation où le toucher était négatif, la vésicule, se développant vers le haut du bassin, étant mal appréciée du doigt.

En dedans de la vésicule, on sentira le canal déférent et son ampoule également augmentés de volume, durs et bosselés ; on ne pourra pas toujours les distinguer de la vésicule, avec laquelle ils forment parfois une masse unique.

Dans un tiers des cas environ, cet examen sera plus ou moins douloureux.

Les signes de la suppuration des vésicules manquent la plupart du temps.

Enfin, les troubles fonctionnels sont peu marqués, à part des envies fréquentes d'uriner. Uhlmann et Schede seuls signalent de vives douleurs.

Le canal déférent, dans sa portion inguinale, présente souvent les mêmes caractéristiques que dans sa portion pelvienne ; en outre, on peut constater l'adénite des ganglions inguinaux du même côté.

En troisième lieu, il faudra tenir compte de la marche des lésions : une tuberculose lente, sans tendance à la suppuration, constituera une contre-indication à l'intervention, car on peut toujours espérer dans ce cas une régression des lésions (Reyt). Au contraire, l'indication formelle réside dans la *marche rapide de lésions sup-*

puratives, coexistantes dans la vésicule et dans l'épididyme : en quelques mois, une masse indurée se perçoit au niveau de l'épididyme, grossit, la peau du scrotum s'ulcère, un trajet fistuleux s'établit, qui livre passage à un pus grumeleux et jaunâtre. Le testicule est généralement peu douloureux.

En résumé, localisation de la tuberculose à l'appareil génital, plus exactement au testicule, au déférent et à la vésicule ; unilatéralité des lésions ; marche rapide de ces lésions : telles sont les trois indications que devra réunir le chirurgien pour procéder à la vaso-vésiculectomie par voie haute.

Ajoutons que l'âge n'entre guère en ligne de compte : des chirurgiens sont intervenus dans la vieillesse et dans la première enfance. On se rappellera seulement que les résultats de l'opération sont d'autant meilleurs qu'on a affaire à des malades entre vingt et trente-cinq ans,

OBSERVATIONS

Toutes les observations qui suivent, complètement inédites, ont été prises dans le service de M. le professeur Villard, à l'Hôtel-Dieu de Lyon (1).

OBSERVATION I

T..., trente-neuf ans, entre dans le service le 7 janvier 1909, pour une grosseur développée au niveau de son testicule gauche.

Le malade n'a jamais eu ni bronchite, ni pleurésie ; il n'a souffert d'aucune adénite suppurée dans l'enfance. Cependant, il tousse chaque hiver et s'enrhume très facilement.

Aucun antécédent héréditaire.

Le malade est marié, sa femme est bien portante ; il a un enfant sain et bien constitué. Sa femme a eu un frère mort de tuberculose pulmonaire.

Il y a trois ans, T... commença à souffrir, d'une façon intermittente, de son testicule gauche ; la douleur se pré-

(1) En 1913, M. le professeur agrégé Toubert, médecin-major de 1^{re} classe, a opéré de vaso-vésiculectomie par voie haute un jeune officier, dont nous n'avons malheureusement pu nous procurer l'observation. Le malade, seize mois après sa sortie de l'hôpital Desgenettes, servait encore dans l'armée active.

sentait sous forme d'irradiations pénibles. Cependant, le malade ne remarquait aucun phénomène urinaire ni aucune tuméfaction. Il consulte un médecin, qui lui applique un emplâtre de Vigo ; celui-ci enlevé, on vit à la partie antérieure des bourses, une petite fistule, par laquelle s'écoulait un suintement purulent.

Depuis quatre mois, le malade a senti peu à peu une grosseur se développer à côté du testicule malade.

Actuellement, au-dessous des bourses, qui ont conservé leur teinte normale, existe une grosseur multilobée, développée aux dépens de l'épididyme. Assez considérable au niveau de la queue, elle s'atténue pour se poursuivre par une induration qui gagne le trajet du déférent.

Au niveau de la fistule, les plans superficiels adhèrent à la glande, et ont subi une induration facilement perceptible.

La palpation permet de reconnaître l'induration du déférent. On ne trouve pas de ganglions inguinaux. Au toucher, la vésicule gauche est gonflée, dure, bosselée. On perçoit légèrement la vésicule opposée.

Aux poumons, quelques signes discrets de bacilliose au sommet droit.

L'intervention a lieu le 12 janvier.

Le malade partit avec un pansement le 3 février. Il ne ressentait aucune douleur.

Il revint le 11 août 1909, ayant remarqué une grosseur développée au niveau du testicule restant ; mais, parti en permission trois jours après, il ne reparut pas dans le service.

Au moment de la déclaration de guerre, T... fut mobilisé dans le service auxiliaire. Il y était encore en juin 1916. La grosseur qui, en 1909, existait dans le testicule gauche a complètement disparu. Il tousse un peu, surtout le matin.

Son état général est excellent ; il ne se plaint que de constipation.

OBSERVATION II

B..., vingt-trois ans, entre dans le service le 11 février 1909, pour une tuméfaction développée au niveau des bourses, à droite, depuis quinze jours environ.

On ne relève dans ses antécédents personnels ni blennorrhagie, ni spécificité. Il a eu une pleurésie double il y a un an. Il y a trois semaines environ, apparurent deux tuméfactions rougeâtres, l'une au niveau du coude, l'autre au niveau du genou, du côté droit ; ces tuméfactions s'ulcérèrent bientôt et donnèrent naissance à un pus très grumeleux.

Le malade se plaint aussi de son pied droit, au niveau duquel on ne constate rien d'anormal en apparence.

Dans ces derniers temps, le malade s'est mis à tousser et à maigrir notablement.

Le testicule droit est gros et douloureux ; la vaginale offre une fluctuation manifeste. On sent un épидidyme énorme. Le déférent est suivi à la palpation dans le canal inguinal, où on le découvre, grossi et douloureux à son tour.

Au toucher, on sent la vésicule droite, très grosse, dure, extrêmement douloureuse. La vésicule gauche n'est pas sentie.

Aux poumons, on constate de la matité sur toute la hauteur des deux côtés, surtout à gauche. Les vibrations sont augmentées des deux côtés.

En arrière, à droite, la respiration est soufflante ; à gauche, elle est très rude, avec quelques râles peu nombreux localisés à la fosse sous-épineuse. Rien en avant.

L'intervention a lieu le 18 février, avec succès.

Le 20 février, le malade meurt, après s'être plaint de céphalée violente. Pas de rachialgie. Monoplégie du bras gauche. Pas de troubles de la sensibilité. Pas de plaques d'hyperesthésie.

Le mort a les pupilles dilatées, les yeux déviés.

A l'autopsie, on trouve une péritonite adhésive totale, avec brides récentes et nombreux exsudats. On note une éruption de granulations très abondantes sur le péritoine pariétal.

Les poumons sont très adhérents ; on ne peut décor-tiquer les sommets sans déchirer le parenchyme. Sur toute leur étendue existe une éruption granulitique. Aux sommets, lésions de tuberculose en évolution, mais pas de grosses cavernes.

Au foie, on constate de rares granulations sur la face péritonéale, mais aucune à la coupe du parenchyme, qui offre l'aspect typique du foie gras.

En ce qui concerne le système nerveux, la cavité arach-noïdienne renferme un épanchement purulent (deux petits verres à liqueur environ) et quelques rares granulations. On trouve des plaques de méningite et des exsudats enfouis au fond des petites scissures, au voisinage du bord supérieur et à la base.

Dans les ventricules stagne un peu de liquide purulent.

OBSERVATION III

S..., quinze ans, entre dans le service le 3 mars 1909, pour son testicule gauche qui a grossi depuis deux mois.

Dans ses antécédents personnels, on ne relève ni bron-chite, ni pleurésie, ni adénite suppurée. Aucun écoule-ment ; pas de trace de spécificité.

Ses parents sont bien portants, ainsi que son frère et sa sœur.

Il y a deux mois, il ressentit, surtout le matin, une légère douleur au niveau du testicule gauche. Celui-ci atteignit rapidement le double de son volume normal. La douleur augmenta, sous forme de lancées avec irra-diations dans l'anneau inguinal.

Il y a un mois, la grosseur se fistulise, ce qui amène une détente brusque des phénomènes douloureux.

Pas d'amaigrissement : l'état général n'est pas atteint.

A l'examen, on constate une tumeur au niveau du testicule gauche : celui-ci est un peu gros, non douloureux ; l'épididyme est dur, gonflé et bosselé. A la partie antérieure des bourses, et à mi-hauteur, existe une fistule, encerclée d'une auréole violacée. La vaginale présente un très léger degré d'épanchement.

Aux poumons, on note un peu de matité au sommet droit. Aux deux temps, et principalement à droite, la respiration est âpre, rude. On ne perçoit aucun râle.

Au toucher, la vésicule droite est dure et légèrement douloureuse, surtout à sa partie inférieure. On distingue le déférent pelvien induré. La vésicule gauche n'est pas perçue.

On fait l'intervention le 11 mars.

Le 14 mars, le malade a une poussée à 40 degrés : le foyer opératoire suppure très abondamment ; le malade tousse et expectore des crachats muco-purulents.

Dans les jours suivants, la suppuration diminue, puis s'éteint. La température redevient normale. La toux se calme, il n'en subsiste que de petits accès le matin. On retire le drain le 2 avril.

Le 10 avril, le malade va très bien, la plaie est fermée.

Le 30 avril, le malade part à Longchêne pour faire sa convalescence.

Réformé au moment de la mobilisation, il se marie : sa femme depuis est bien portante ; il n'a pas d'enfants.

En avril 1916, l'état général continue d'être excellent ; le testicule restant est normal : jamais S... n'y a remarqué de gonflement ni de bosselures, jamais il n'en a souffert. Il tousse très peu, et seulement l'hiver. Enfin, sa paroi abdominale est ferme et ses fonctions intestinales sont très régulières.

OBSERVATION IV

G..., vingt-trois ans. Entre le 15 octobre 1909, pour une tuméfaction des bourses datant de dix-huit mois et s'étant développée progressivement.

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires.

Le malade a eu une pneumonie à douze ans. Il présente des cicatrices au niveau de l'auriculaire et du poignet droits. Ces cicatrices sont causées par des suppurations qui ont eu lieu il y a cinq ans, et qui semblent dues à des gourmes ; la suppuration s'est prolongée durant plusieurs mois.

On ne relève ni syphilis, ni blennorragie, ni traumatisme.

En juin 1908 s'établit une fistulisation, qui dure six mois. D'autres points s'abcédèrent au mois de juillet 1909. Actuellement, la suppuration a presque cessé, à la suite de l'application d'un emplâtre de Vigo.

On constate qu'à droite le testicule est un peu plus gros et plus dur que normalement. L'épididyme est énorme et bosselé, sauf à la partie interne où il est ramolli. Cette tuméfaction s'accompagne d'un léger hydrocèle.

La peau a conservé sa coloration normale. Les cicatrices multiples et anciennes des fistules adhèrent à la glande. Il n'y a plus d'ouverte qu'une petite fistule, qui suppure très peu.

La palpation n'est pas douloureuse.

Les signes fonctionnels sont peu nombreux. On constate à peine un peu de pollakiurie.

Le canal déférent à droite est gros et dur. A gauche, le testicule, l'épididyme et le déférent sont normaux.

Au toucher, on sent une prostate légèrement bosselée ; on perçoit très nettement la vésicule droite, et pas du tout la vésicule gauche.

Le 27 octobre a lieu l'intervention. La vésicule, très

adhérente, nécessite de longs efforts pour son ablation ; on finit cependant par l'obtenir entière.

A l'examen des pièces, on voit un énorme abcès froid épидидymaire et vésiculaire ; le canal déférent n'est infiltré qu'à ses extrémités. Du pus s'écoule à la section du testicule.

Les suites sont normales. Le drain est enlevé deux semaines après l'opération.

Le 23 décembre, le malade part guéri.

Le malade a été revu, le 12 février 1910, en parfait état : aucune suppuration, aucune modification de l'appareil génital gauche. Nous n'avons pu malheureusement avoir sur cet opéré des nouvelles plus récentes.

OBSERVATION V

D..., trente-quatre ans, entre dans le service le 18 avril 1910, pour son testicule droit qui, depuis un mois environ, a grossi « à la suite d'un effort » : le malade à ce moment sentit brusquement comme un tiraillement et, le soir même, constata l'augmentation de volume de la glande. Celle-ci continua à grossir et resta douloureuse.

Le malade nie tout antécédent spécifique ou blennorragique. Il est marié, sans enfants ; sa femme est en bonne santé.

Au point de vue pulmonaire, pas d'antécédents bien nets, à part de la toux depuis quelques années. A l'auscultation, des sommets semblent touchés : l'inspiration à leur niveau est un peu soufflante, et on perçoit quelques craquements après la toux.

A l'examen, on constate à droite un gros épидидyme dur, assez lisse. A la partie externe existe une zone qui, d'abord très dure, s'est ramollie petit à petit et est maintenant fluctuante. La peau, rouge, est un peu amincie

à son niveau : il semble qu'il veuille se former là une fistule.

Le pincement de la vaginale révèle un léger degré d'hydrocèle.

Toute cette région est modérément douloureuse à la palpation.

À gauche, l'appareil génital est normal.

Le cordon à droite est gros, non douloureux. Les ganglions inguinaux du même côté sont assez volumineux.

Le toucher rectal signale une vésicule droite très grosse, sans qu'on puisse distinguer à son côté interne l'ampoule déférentielle ; l'examen est un peu douloureux, même à gauche où la vésicule n'est cependant pas perçue.

On intervient le 27 avril.

L'ablation de la vésicule est assez laborieuse ; la péri-vésiculite a infiltré le tissu conjonctif qui l'enveloppe ; on arrive néanmoins à la décortiquer sans grande hémorragie.

La section médiane du testicule et de l'épididyme montre dans les deux organes des tubercules en voie de ramollissement, et même des points complètement caséeux. Le canal déférent n'a pas l'air touché ; la vésicule est très grosse et bosselée.

14 mai. — Le malade va très bien, le trajet se ferme petit à petit. On enlève le drain.

Le malade sort quelques jours après.

Nous avons eu de ses nouvelles en mars 1913 : l'état général était excellent. Le testicule restant était indemne, ses fonctions urinaires et génitales absolument normales.

L'hiver précédent, D... avait été atteint d'une bronchite, qui le fit rester trois semaines au lit.

La paroi abdominale était ferme. Le malade n'était gêné que par un peu de constipation.

OBSERVATION VI

S..., dix-sept ans, entre dans le service le 18 mai 1910, pour un gros testicule gauche.

Son père a une maladie de foie. Sa mère est morte d'une maladie de cœur.

Personnellement, il n'a jamais eu de maladie jusqu'à présent ; cependant, il dit tousser beaucoup en toute saison.

Il nie toute blennorragie et toute syphilis.

L'affection actuelle a débuté, il y a un an, par un petit noyau qui se fit sentir au-dessus du testicule gauche. Quelque temps après son apparition, ce noyau diminua ; puis il augmenta de volume il y a trois mois. Tous ces phénomènes se passèrent sans que le malade ressentit de douleur. En même temps, le testicule grossissait insensiblement, pour atteindre le volume qu'il a actuellement, et qui est celui d'un petit œuf.

A l'examen, on constate un épaississement considérable de l'épididyme : la queue de cet organe forme une masse dure, en avant de laquelle on localise le testicule par la recherche de la douleur testiculaire. On perçoit un très léger hydrocèle en pinçant la vaginale. Au-dessus du testicule existe un noyau saillant sous la peau des bourses et faisant corps avec la tête de l'épididyme, qui coiffe le testicule.

Le cordon est induré jusqu'à sa pénétration dans l'abdomen.

Au toucher rectal, on sent en avant, à bout de doigt, la vésicule séminale gauche, sous la forme d'une petite boule dure ; la vésicule droite n'est pas perçue.

La prostate semble indemne. Le testicule droit aussi.

Aucun trouble fonctionnel à signaler, et en particulier aucun trouble de la miction.

Aux poumons, la respiration est un peu soufflante aux deux sommets.

Le 26 mai a lieu l'intervention.

Après l'opération, la température s'élève jusqu'à 39°2 (9 juin), puis retombe à 37°6 (11 juin), enfin remonte à 38°4 (5 juillet).

Le 26 juillet, des phénomènes de rétention, produits depuis quelque temps, allant en s'accroissant, on fait une contre-ouverture dans le rectum et l'on met un drain. Les phénomènes s'amendent aussitôt ; le drain rectal est retiré le 2 août, en même temps que le drain abdominal.

Le 30 août, les plaies sont complètement fermées ; le malade quitte le service.

Réformé au moment de la déclaration de guerre, il s'engage dans le service auxiliaire (service automobile) pour la durée de la guerre. Il y est encore en juin 1916, assurant sans aucune interruption un service postal continu et pénible.

Il n'est pas marié. Son testicule restant est sain, atteint seulement d'un peu de varicocèle.

Il tousse rarement. Quant à l'état de ses fonctions intestinales, le malade nous a répondu : « Grâce au laxatif que je prends, j'évite la constipation. »

OBSERVATION VII

G..., vingt-quatre ans, entre dans le service le 24 juin 1910, pour orchite droite.

Pas de bacillose dans les antécédents héréditaires ou personnels.

Aucune maladie vénérienne. Pas d'éthylisme. Le malade déclare n'avoir eu que les oreillons, à vingt et un ans, sans complications du côté des bourses.

Il y a deux mois, il s'est aperçu, à la partie inféro-externe du testicule droit, de la présence d'un petit noyau gros comme une bille, dur et un peu douloureux. Il s'est

alors arrêté de travailler pendant deux ou trois jours, puis il reprit ses occupations. A la suite d'un effort violent, dit-il, son testicule droit augmenta brusquement de volume, sans s'accompagner d'aucun phénomène douloureux.

Il y a trois semaines, le noyau primitivement formé s'est abcédé ; il s'ouvre spontanément huit jours après. Au dire du malade, il en est sorti un pus épais, grumeleux, obturant parfois l'orifice cutané de la fistule.

A l'examen, la bourse droite est augmentée de volume ; la peau du scrotum est rouge, tuméfiée. A la partie inféro-externe se trouve une petite fistule, qui donne passage à un peu de pus.

A la palpation, l'épididyme est volumineux, dur, bosselé ; il englobe le testicule, qu'il est difficile de délimiter exactement ; cependant, on parvient à le localiser en avant. La douleur testiculaire est nettement atténuée. On arrive à pincer la vaginale.

Le cordon droit est gros et induré.

Le testicule du côté opposé est sain.

Au toucher, on perçoit à droite une grosse vésicule séminale ; on sent aussi la portion terminale du déférent. La prostate paraît normale, la vésicule gauche aussi.

L'état général est excellent ; on n'a à relever aucun signe pulmonaire, aucun symptôme urinaire.

Le 7 juillet, on fait l'intervention, avec succès et sans accidents.

Une suppuration abondante s'établit dans les jours qui suivent ; on fait, le 8 septembre, une contre-ouverture et un drainage par le rectum.

Le 16 septembre, un abcès étant apparu sur le trajet inguinal droit, on l'incise et on le draine. Le 15 octobre, tous les drains sont enlevés ; les plaies sont en bonne voie de cicatrisation.

Le 6 novembre, le malade quitte le service en excellent état.

En 1916, le bon état général continue. G..., qui n'est ni mobilisé ni marié, présente au niveau du testicule restant un petit noyau, gros comme une noisette, qui suppure un peu. Ce noyau, apparu il y a plus d'un an, n'a pas augmenté de volume depuis et n'est pas douloureux. Le malade tousse l'hiver. Ses fonctions intestinales se font régulièrement et sa paroi abdominale est en parfait état.

OBSERVATION VIII

M..., trente-deux ans, entre dans le service le 11 novembre 1912, pour un gros testicule droit.

Ses parents sont bien portants ; il a deux frères vivants, dont l'un est atteint de lithiase vésicale ; une sœur est morte en bas âge de méningite.

Le malade s'est marié à vingt-quatre ans ; sa femme est bien portante. Son enfant est mort à trois mois, d'entérite.

Bonne santé antérieure : M... ne toussait pas pendant son enfance et ne présenta jamais d'adénopathie. Il fut réformé, après deux ans de service militaire, pour bronchite chronique. Il avait alors des transpirations nocturnes, toussait peu et n'eut jamais d'hémoptysie.

Il y a douze ans environ, le malade aurait eu une crise de coliques saturnines ; il ne présente actuellement aucun signe de cette intoxication.

Il y a un an environ, il remarqua l'apparition, au niveau de son testicule gauche, d'une petite tuméfaction dure, non fluctuante, dont on retrouve actuellement les traces sous forme d'un épaissement induré de la queue de l'épididyme. Il semble que cette fluxion testiculaire doive être mise sur le compte d'une infection gonococcique : un suspensoir en eut raison.

De ce côté, le testicule est petit, atrophié, mais lisse. On ne note pas d'hydrocèle. Le cordon est souple. Au bout

de six mois, cette orchite avait disparu, quand le testicule droit devint gros, lourd, mais peu douloureux. Puis apparut une fistule qui persista.

On trouve du côté droit, à la partie postérieure et inférieure du scrotum, un orifice fistuleux très étroit, par où coule un pus jaunâtre et très grumeleux. Tout autour, le scrotum est épaissi, rose, et on sent à la base de la fistule un noyau très dur, peu douloureux à la pression. On délimite le testicule et l'épididyme, d'ailleurs déformés, bosselés par des noyaux durs au niveau de la tête et de la queue. On ne trouve ni point fluctuant, ni hydrocèle. Le cordon droit paraît atteint assez loin par de la funiculite, qui se traduit par une bosselure dure et allongée et par de l'induration de sa paroi.

Au toucher, on perçoit à bout de doigt une vésicule séminale droite de la grosseur d'un pois. Plus bas, on sent un noyau induré qui doit appartenir à l'ampoule déférentielle.

On ne note aucun trouble de la miction.

Au poumon gauche, la respiration et la sonorité sont normales ; au sommet droit, un peu de submatité et d'exagération des vibrations : la respiration est ici légèrement soufflante, sans bruits surajoutés. Rien dans le reste des poumons.

L'intervention a lieu de 21 novembre. On a assez de difficultés pour cliver la vésicule séminale droite, un peu indurée et adhérente. L'hémostase est facile.

On place un drain, qui suit le trajet du canal et sort à la partie moyenne de l'incision. Ce drain est enlevé le 3 décembre ; la suppuration a été très peu abondante.

En juin 1916, M... sert dans un régiment d'infanterie. Il n'a pas d'enfants, sa femme est toujours bien portante.

Le testicule restant est sain et normal.

L'opéré n'a jamais toussé ; actuellement, ses fonctions intestinales se font très régulièrement et sa paroi abdominale est en parfait état.

OBSERVATION IX

D..., dix-sept ans, entre dans le service le 15 décembre 1913, pour orchite droite fistulisée.

Rien de saillant dans l'anamnèse. Le malade raconte qu'il aurait eu un commencement de pleurésie, une hypertrophie cardiaque... Aucun antécédent génital.

L'affection présente a commencé dans les premiers jours d'octobre.

Le malade a d'abord éprouvé une douleur assez vive, survenue brusquement dans le tramway, et qui l'empêcha de s'asseoir. Il reste alité quinze jours, se frictionna avec une pommade au salicylate et porta un suspensoir. La douleur cesse pour ne plus reparaitre, et D... continue son travail.

Aucun symptôme urinaire. Pas d'écoulement urétral.

Depuis ses douleurs, son attention ayant été attirée sur ses bourses, la malade constata au pôle supérieur du testicule droit une nodosité dure, qui s'est ramollie et a fini par s'ouvrir en ulcérant le scrotum.

A l'examen, on constate, à la partie supéro-externe des bourses, une fistule fermée. Le scrotum est rouge et induré. Pas de vaginalite symptomatique. Gros noyau épидidymaire. Le déférent est infiltré régulièrement jusqu'à l'orifice inguinal profond.

Le testicule n'est pas modifié. On constate à droite des ganglions assez volumineux.

Au toucher, on trouve une prostate normale ; la vésicule séminale droite est engorgée, comme infiltrée au suif. Rien d'anormal du côté gauche.

L'examen des poumons révèle un parenchyme normal et une ventilation régulière.

Le 23 décembre a lieu l'intervention.

La suppuration consécutive a été très faible ; le malade quitte le service le 20 janvier 1914.

Le malade a été revu, le 21 mai de la même année, en excellent santé ; son poids avait augmenté de 3 kilogs. Localement existait une petite fistule d'inoculation cutanée, apparue quelques jours auparavant.

Malheureusement, le malade meurt le 24 septembre 1914, brusquement, après avoir présenté pendant vingt-quatre heures tous les symptômes de l'occlusion intestinale, et avant qu'on ait eu le temps d'intervenir.

CONCLUSIONS

Le traitement chirurgical de la tuberculose génitale comprend un nombre infini de procédés, répondant à des indications variées et plus ou moins précises.

Dans les cas de tuberculose unilatérale, à évolution rapide, le procédé de Villard, ou « vaso-vésiculectomie par voie haute », permet d'obtenir l'exérèse de tout le tractus génital, sans solution de continuité, après avoir donné un accès aussi large que possible sur la vésicule séminale. L'incision, bicoudée, est scroto-inguino-abdominale ; un temps, nouveau, de l'opération réside dans le « décroisement » du canal déférent d'avec l'uretère, pour éviter la blessure de ce dernier.

Sur neuf opérés, cinq sont actuellement en bonne santé ; deux sont morts ; les deux autres n'ont pu être suivis jusqu'à cette époque.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
Aug. POLLOSSON.

Vu :

LE DOYEN,
L. HUGOUNENQ

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 29 juin 1916,
LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- BAUDET et DUVAL, *Revue de Chirurgie*, 1904.
- BAUDET et KENDIRDJY, De la vaso-vésiculectomie dans les cas de tuberculose génitale (*Revue de Chirurgie*, 1906).
- BAUDET, *Société de Chirurgie*, 1909.
- BARDENHEUER, *Mittheilungen aus dem Kolner Burgers-hospital*, 2 t. 3 Hfür. Köln, 1887.
- BAYLE, *Journal de Croisart*, 1805.
- BÉLOSÉROFF (P^{ss}e DE), Excision de la vésicule séminale (*Revue médicale de la Suisse romande*, 1899).
- BÉRAUD, Thèse d'agrégation, 1857.
- DUPLAY et RECLUS, *Traité de Chirurgie*.
- FIOLLE (J.), FILLE (P.) et ZWIRN, la Voie d'accès coccy-périnéale (*Lyon Chirurgical*, mai 1911).
- GUELLIOT, Chirurgie des vésicules séminales (*Presse médicale*, 1898, I, 193).
- GUYON, *Annales des maladies des organes génitaux*, 1891.
- JOBARD, *Des voies d'accès sur les voies spermatiques profondes* (th. de Lyon, 1909).
- LEGUEU, *Revue internationale de Médecine et de Chirurgie*, 1899.
- De la vaso-vésiculectomie dans la tuberculose génitale (*Société de Chirurgie*, Paris, 1909).
- MAUCLAIRE, *XIII^e Congrès de Médecine*, Paris, 1900.
- MONOD et TERRILLON, *Traité des maladies du testicule*, 1889.
- PÉDEBIDOU, *Indications générales du traitement de la tuberculose du testicule* (th. de Paris, 1899).
- PLATON, *Traitement de la tuberculose testiculaire* (th. de Montpellier, 1898).
- *Presse médicale*, 1899.
- POIRIER, *Société de Chirurgie*, 1899.
- PRAT-DUMAS, *Tuberculose des vésicules séminales* (th. de Paris, 1898).
- RECLUS, *Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu*, 1888.

- REYT, *De l'ablation des vésicules séminales tuberculeuses* (th. de Paris, 1900).
- ROUX, *Congrès de Chirurgie*, 1891.
- SARRAUTTE, *Contribution à l'étude du traitement chirurgical de la tuberculose du testicule* (th. de Toulouse, 1899-1900).
- SCHEDE, *Société médicale de Hambourg*, 1898.
- THOMAS, *Résultats éloignés du traitement de la tuberculose testiculaire par la castration* (th. de Lyon, 1900-1901).
- TILLAX, *Traitement chirurgical de la tuberculose testiculaire* (*Bulletin médical*, 3 juin 1896).
- *Traité de chirurgie clinique*.
- UHLMANN, *Centralblatt für Chirurgie*, n° 8.
- VILLARD, *Rapports de la tuberculose génitale chez l'homme avec les autres manifestations tuberculeuses* (th. de Lyon, 1894).
- Vaso-vésiculectomie par voie haute (*Lyon Chirurgical*, 18 février 1909).
- VILLENEUVE, *Epididymectomie* (*Marseille médical*, 1890).
- Epididymo-vaso-vésiculectomie (*Associat. franç. pour l'Avanc. des Sciences*, Marseille, 1891).
- WEIR, *Extirpation of the vesicles terminales and vasa deferenti for tuberculosis* (*Medical record*, 1894).
- YOUNG, *Genital tuberculosis* (*Ann. of Surgery*, 1901).
- *Méthode périnéale d'excision des vésicules* (*Trans. of the Assoc. of gen.-urin. Surg.*, XXVI^e session annuelle, Philadelphie, 1912, t. VII).
-

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	9
HISTORIQUE	13
MANUEL OPÉRATOIRE.	19
Procédé d'Uhlmann	20
Procédé de Roux	20
Procédé de Baudet	22
Voies sacrée et parasacrée	25
Voie coccyperinéale	26
Procédé de Villeneuve	28
Procédé de Young	29
Procédé de Poirier	30
Procédé de Villard vaso-vésiculectomie par voie haute	32
RÉSULTATS.	40
INDICATIONS	46
OBSERVATIONS.	50
CONCLUSIONS	65
BIBLIOGRAPHIE	66

